

Constancia de Dieta Especial para Niños

En coordinación con el Programa de Alimentación para el Cuidado de Niños y Adultos

Nombre del Centro de Cuidado Infantil: _____

Aviso del Uso de Información Médica Protegida
Fecha de Vigencia: 14/4/2003

La privacidad de su hijo y la protección de su información médica son importantes para este centro. De acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996, estamos obligados a mantener la privacidad de la Información Médica Protegida de su hijo (PHI) y a presentarle este aviso sobre nuestras prácticas con respecto a ella. Este aviso describe cómo puede ser utilizada y divulgada la información médica de su hijo y cómo puede obtener acceso a esa información. Lea este aviso detenidamente.

Este centro puede recibir la PHI de los proveedores de servicios médicos de su hijo como parte de los requisitos del programa o para satisfacer mejor las necesidades individuales de su hijo mientras esté inscrito aquí.

Este Centro mantiene un sistema preciso y eficaz de gestión de registros con políticas y procedimientos que establecen quién tiene acceso a los archivos del niño y la información que contienen. Todos los miembros del personal que puedan tener acceso a los archivos de los niños respetarán nuestra política de confidencialidad.

Si cree que parte de la información que se encuentra en el archivo como PHI es incorrecta, puede solicitar por escrito que se cambie o se agregue nueva información.

Este centro compartirá información con el personal solamente si es "absolutamente necesario conocerla" y para llevar a cabo las obligaciones del programa. El intercambio de cualquier PHI es para garantizar que se atiendan las necesidades de salud de su hijo y su seguridad se mantenga en todo momento. Cualquier información que se comparte con terceros se hace sólo después de que el padre/madre o tutor del niño ha firmado un Formulario de Divulgación de Información.

Este centro compartirá información, que puede incluir la PHI, con individuos, organismos y autoridades que lo supervisan con el objeto de revisión y cumplimiento, licencia e inspección. Algunos ejemplos de estos son: el Programa de Alimentación para el Cuidado de Niños y Adultos de Montana, los Departamentos de Salud del Estado/ Condado y la Dirección de Control de Calidad de Montana.

Este centro le permite inspeccionar los archivos de su hijo que contienen la PHI en cualquier momento, con la asistencia de un miembro del personal. Este centro lleva un registro de todas las veces que se comparte la PHI. Usted puede solicitar y recibir una lista de quienes han accedido a la PHI de su hijo.

Si tiene inquietudes acerca de este Aviso, pregúntele a la persona que se lo entregó. Si ese individuo no puede responder a sus preguntas, llame al Funcionario de Privacidad del Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos (DPHH) al 1-800-645-8408.

Para presentar una queja por violaciones a la privacidad de la información médica, escríbale al: Secretario de Salud y Servicios Humanos, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., 200 Independence Avenue SW, Room 506-F, Washington, DC 20201. Esto debe hacerse dentro de los 180 días desde la fecha en que usted cree que fue violada la privacidad de la información médica de su hijo. También puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles al 1-866-627-7748. Este centro no tomará represalias de ningún tipo si usted presenta una queja.

Se me proporcionó una copia de este Aviso y tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se utilizará la PHI de mi hijo. Sé que puedo ponerme en contacto con el director de este centro de cuidado infantil o con el Funcionario de Privacidad del DPHHS (Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos) llamando al (800) 645-8408 si tengo otras inquietudes.

Firme en el reverso.

Constancia de Dieta Especial para Niños

En coordinación con el Programa de Alimentación para el Cuidado de Niños y Adultos

Nombre del Centro de Cuidado Infantil: _____

Este Centro participa del Programa de Alimentación para el Cuidado de Niños y Adultos de Montana. Se nos exige que sirvamos las comidas de acuerdo con las regulaciones federales del Servicio de Comida y Nutrición del Departamento de Agricultura de los EE. UU. Las sustituciones de los alimentos necesarios pueden o no ocasionar un cambio en el patrón de las comidas requeridas. Si un niño tiene necesidades dietéticas especiales, por ejemplo: enfermedades, alergias alimenticias o discapacidad física, deberán estar documentadas por escrito por un profesional médico reconocido (es decir, un médico, un asistente médico, enfermero practicante o nutricionista matriculado). El profesional médico debe especificar por escrito la razón de la dieta especial y las necesidades de los alimentos o de la alimentación y cuáles son los alimentos permitidos y los no permitidos. Es muy apreciada su ayuda en el suministro de esta información.

He recibido información acerca de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) y sobre la privacidad de la Información Médica Protegida (PHI) de mi hijo. Comprendo que se compartirá la información concerniente a la alergia alimenticia o sustitución de alimentos de mi hijo con los miembros del personal de este centro, quienes cuidarán de mi hijo y prepararán la comida para el centro al que concurre. Además, comprendo que el nombre de mi hijo y sus necesidades de dieta especial, incluidos los alimentos permitidos y los no permitidos, se publicarán en el área del aula y de la cocina para garantizar que se mantenga en todo momento la seguridad de mi hijo.

Firma del Padre/ Madre/ Tutor _____

Fecha _____

Fecha actual _____

Nombre completo del niño _____ Edad _____

Diagnóstico:

Alergias alimenticias _____

Intolerancias _____

alimenticias _____

Enfermedad o razón para solicitar una dieta especial: _____

Firma de la Autoridad Médica _____

Fecha _____

Indique la dieta especial, los alimentos permitidos y no permitidos, los alimentos alternativos y las instrucciones para la preparación de la comida y la alimentación, si las hubiera. Adjunte una hoja aparte, si fuera necesario.

Fecha de reevaluación de la dieta especial: _____

Firma de la Autoridad Médica _____

Fecha _____

Constancia de Dieta Especial para Niños

En coordinación con el Programa de Alimentación para el Cuidado de Niños y Adultos

Original para el expediente del niño y una copia para el padre/ madre/ tutor.